



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE FARMÁCIA**

KHEMILY CRISTINA PAULA SOARES

**ACESSO, ADESÃO E RACIONALIDADE DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM UNIDADE DE SAÚDE EM
CEILÂNDIA- PROGRAMA DOCE DESAFIO**

CEILÂNDIA, DF

2013

KHEMILY CRISTINA PAULA SOARES

**ACESSO, ADESÃO E RACIONALIDADE DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM UNIDADE DE SAÚDE EM
CEILÂNDIA- PROGRAMA DOCE DESAFIO**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada
como requisito parcial para obtenção do grau de
Farmacêutico, na Universidade de Brasília,
Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Profa. Dra. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

CEILÂNDIA, DF

2013

KHEMILY CRISTINA PAULA SOARES

**ACESSO, ADESÃO E RACIONALIDADE DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM UNIDADE DE SAÚDE EM
CEILÂNDIA- PROGRAMA DOCE DESAFIO.**

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners
(FCE/ Universidade de Brasília)

Profa. Dra. Camila Alves Arede
(FCE/ Universidade de Brasília)

Profa. Dra. Emília Vitória da Silva
(FCE/ Universidade de Brasília)

CEILÂNDIA, DF

2013

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que me deu forças para que eu não desanimasse e me deu coragem para enfrentar todos os obstáculos que me foram impostos durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Gilvânia e Stelius, por cada conselho, incentivo e empenho desde o começo dos meus estudos. São meus exemplos, quero ter a mesma vontade de vocês para enfrentar todos os desafios da vida!

À minha irmã, Kharoliny, que sempre torceu por mim e me deu palavras de incentivo e coragem.

À todos da minha família, que sempre estiveram ao meu lado e me ajudaram nos momentos que eu mais precisei. Todos contribuíram cada um com seu jeito especial, para que eu conseguisse concluir mais esta etapa.

Ao meu namorado e melhor amigo, André, pelo companheirismo, apoio, carinho, paciência e ajuda nos ajustes deste trabalho. Muito obrigada, meu amor!

À minha professora orientadora Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, por ter acreditado em mim e ter me ajudado a crescer como aluna. Agradeço por cada revisão, conselho e pelas horas dedicadas ao meu trabalho.

Aos participantes do Programa Doce Desafio (PDD), pessoas que foram essenciais para a realização da minha monografia e que se tornaram muito especiais desde o momento que iniciei no projeto.

RESUMO

SOARES, K. C. P. **Acesso, adesão e racionalidade do tratamento medicamentoso de pessoas com Diabetes Mellitus**. Monografia (Graduação)-Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública em virtude da sua alta prevalência. O DM tipo 2 (DM2) é o que tem maior prevalência na população e seu tratamento exige mudanças no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. O tratamento medicamentoso envolve aspectos como o acesso, adesão e uso racional de medicamentos (URM), sendo assim este estudo teve como objetivo descrever o acesso e o gasto com medicamentos de 27 participantes do Programa Doce Desafio (PDD) do Centro de Saúde nº 3 em Ceilândia e analisar a relação entre acesso e adesão ao tratamento e a racionalidade terapêutica utilizando como critérios: posologia, relato de reações adversas e presença de possíveis interações medicamentosas (PIM's). Os resultados deste estudo mostram que a obtenção de medicamentos ocorreu principalmente pela dispensação em Unidade de Saúde ou pela aquisição pelo próprio participante. Quanto à adesão, 74% relataram aderir ao tratamento proposto. A dosagem de cada medicamento mostrou-se adequada, entretanto aproximadamente 40% das pessoas já apresentaram alguma reação adversa. As PIM's podem ser evidenciadas em 55,5% dos participantes, sendo a maioria de gravidade moderada. Apesar dos resultados positivos de acesso, necessita-se de estratégias para melhorar este aspecto e também para o URM já que o relato de reações adversas e as PIM's mostraram-se elevadas.

Palavras-chave: diabetes mellitus, acesso aos serviços de saúde, adesão à medicação, uso racional de medicamentos.

ABSTRACT

SOARES, K. C. P. Access, adherence and rationality of drug treatment of people with Diabetes Mellitus. Monograph (Graduation) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Diabetes Mellitus (DM) is a public health problem because of its high prevalence. DM type 2 (DM2) is that has the most prevalent in the population and its treatment requires changes in lifestyle and, if necessary, the use of medicaments. Medicative treatment involves aspects such as access, adherence and rational use of medicaments (URM), so this study aimed to describe the access and the medicament spending of 27 participants of the Sweet Challenge Program (PDD) of the Health Center N^o. 3 in Ceilândia and to analyze the relationship between access and adherence to treatment and the therapeutic rationality using as criteria: dosage, reports of adverse reactions and the presence of possible medicative interactions (PIM's). The results of this study show that the medicament obtainment occurred mainly by the dispensation in Health Unit or by the acquisition of the participant. Regarding to adherence, 74% reported adhering to the proposed treatment. The dosage of each medicament was adequate, however approximately 40% of people have had an adverse reaction. The PIM's can be evidenced in 55.5% of participants, with the majority of moderate severity. Despite the positive results of access, there is a need for strategies to improve this aspect and also to the URM as the reporting of adverse reactions and PIM's were high.

Keywords: diabetes mellitus, access to health services, medication adherence, rational use of medicines.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Perfis de ação das insulinas humanas e análogos de insulina humana.....	18
Figura 2- Adesão como fenômeno multidimensional e multifatorial.....	22
Figura 3- Dificuldade de utilização de medicamentos na amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia.....	33

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Descrição socioeconômica da amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia.....**29**

Tabela 2- Medicamentos utilizados pelos participantes do Programa Doce Desafio da Universidade de Brasília (N=27), classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) da Organização Mundial da Saúde e com a dose diária definida (DMD) relatada e a dose diária recomendada (DDR) descrita na literatura e a fonte de obtenção, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia.....**31**

Tabela 3- Descrição dos insumos utilizados pelos participantes do Programa Doce Desafio da Universidade de Brasília (N=27) e suas formas de obtenção, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia.....**33**

Quadro 1- Descrição das Reações Adversas (RAM's) na amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia.....**34**

Quadro 2- Relação das possíveis interações medicamentosas com o grau de severidade, efeitos prováveis e a quantidade dessas possíveis interações na amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia.....**35**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF- Assistência Farmacêutica
ATC- Anatomic Therapeutic Chemical
DDR- Dose Diária Recomendada
DM- Diabetes Mellitus
DM1- Diabetes Mellitus tipo 1
DM2- Diabetes Mellitus tipo 2
DMD- Dose Média Diária
HbA1C- Hemoglobina glicada
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
PDD- Programa Doce Desafio
PIM's- Possíveis Interações Medicamentosas
PNAF- Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM- Política Nacional de Medicamentos
RAM's- Reações Adversas a Medicamentos
RENAME- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS- Sistema Único de Saúde
URM- Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1 DIABETES	14
2.1.2 Conceito, diagnóstico e classificação	14
2.1.2 Epidemiologia	15
2.1.3 Tratamento	16
2.2 ACESSO AOS MEDICAMENTOS.....	19
2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO	21
2.4 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	25
3. OBJETIVOS	27
3.1 GERAIS.....	27
3.2 ESPECÍFICOS.....	27
4. METODOLOGIA.....	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	38
7. CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	52
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	52
ANEXO B – FICHA DE CADASTRO DO PDD	55
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE FARMACOTERAPIA DO PDD.....	58
APÊNDICE.....	62
APÊNDICE A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (FS/UNB).....	62

1. Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica de saúde que se tornou uma epidemia de proporções mundiais, trazendo grande impacto sanitário, econômico e em qualidade de vida para os países e as pessoas acometidas e seus familiares (SANTOS, 2010).

O DM é um grupo de doenças metabólicas de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina (hormônio produzido pelas células beta do pâncreas, responsável pela redução da glicemia ao promover a entrada de glicose nas células) e/ou da incapacidade desta exercer adequadamente sua ação, o que resulta em um aumento da concentração de glicose no sangue. Exige do portador uma vida de comportamentos especiais e coparticipação no autocuidado diário para a manutenção de um bom controle metabólico, que inclui o controle glicêmico, bem como da pressão arterial e dos lipídios plasmáticos (SILVA, PAIS-RIBEIRO, CARDOSO, 2006; SANTOS, 2010; SANTOS, 2011).

A literatura demonstra que quanto maior o conhecimento e a habilidade da pessoa com DM em resolver seus problemas diários, melhor será a adesão ao tratamento. No entanto, observa-se que existe um grande desconhecimento, por parte da população, de noções básicas a respeito da doença e dos fatores que levam ao seu aparecimento, bem como das medidas a serem tomadas para se obter um bom controle glicêmico. Sendo assim, estratégias de educação em saúde para o autocuidado são imprescindíveis, principalmente no que se refere a cuidados com o esquema terapêutico. (FARIA, 2008; BOAS, 2012).

A adesão a qualquer tipo de cuidado de saúde seja ele farmacológico ou não, é fortemente reconhecida na literatura como um objeto científico complexo e multifacetado e tem sido considerada como uma das principais responsáveis pelo sucesso ou insucesso do tratamento de doenças crônicas, entre elas o DM (WHO, 2003).

Um dos determinantes que viabiliza a adesão ao tratamento medicamentoso é o acesso aos medicamentos, fator que está correlacionado com a qualidade e resolutividade do sistema de saúde, e pode ser um fator limitante à qualidade de vida e ao uso racional de medicamentos (RAYMUNDO, 2009).

A garantia do acesso a medicamentos essenciais no Brasil é norteadada por políticas sanitárias de âmbito nacional como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (OLIVEIRA & BERMUDEZ, 2007).

É importante salientar que quando há o acesso aos medicamentos, a adesão ao tratamento deve ser vista como uma ação conjunta entre equipe multiprofissional de saúde e o usuário para alcançar um tratamento racional e exitoso (BOAS et al., 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) um indivíduo com DM tipo 2 (DM2) que não conseguiu o controle glicêmico somente com dieta e atividade física, deve utilizar os antidiabéticos orais para obter os benefícios fisiológicos esperados (normoglicemia). Os antidiabéticos orais compreendem diferentes subclasses de acordo com sua ação farmacológica ou grupo químico (SBD, 2009).

Para a escolha de um antidiabético devem-se levar em consideração os valores da glicemia em jejum, da pós-prandial e da hemoglobina glicada (HbA1c); o peso e a idade do paciente; a presença de complicações, outros transtornos metabólicos e doenças associadas; possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações (SBD, 2012).

É importante salientar que o indivíduo com DM que participa de programas que estimulem a atividade física, o consumo de uma dieta adequada e o uso correto dos medicamentos, tem melhora na qualidade de vida e menores riscos de complicações da doença (COSTA et al., 2011). Diante disso programas eficazes de atenção primária e educação em saúde para pessoas com DM são indispensáveis e têm sido amplamente desenvolvidos e estudados, especialmente aqueles que relacionam a terapia farmacológica com mudanças no estilo de vida (STEYN et al., 2009).

Nesse sentido, o Programa Doce DESAFIO (Diabetes, Educação em Saúde e Atividades Físicas Orientadas) (PDD) é um programa de extensão universitária com caráter interdisciplinar e contínuo para a educação em saúde em DM, com ênfase em exercícios físicos orientados e com ações voltadas à população. Nas atividades educativas, um dos aspectos abordados são a orientação e acompanhamento do uso de medicamentos (DULLIUS, 2003).

O presente estudo utilizou os dados dos participantes do projeto de Ceilândia do PDD para conhecer como se dá o acesso, a adesão e a racionalidade do tratamento medicamentoso nessa população. E assim, uma vez que o uso racional de medicamentos envolve diversas etapas e tem como finalidade uma resposta terapêutica desejada, avaliar quanto que o acesso aos medicamentos acoplado à adesão ao tratamento influencia na racionalidade e no sucesso terapêutico.

2. Revisão Bibliográfica

2.1 Diabetes

2.1.2 Conceito, diagnóstico e classificação

O DM é um grupo de doenças de desordem crônica que podem ser de origem genética ou adquirida e que apresentam em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambos. Esta desordem pode levar ao desenvolvimento de complicações vasculares e neurológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; SBD, 2009).

O DM pode ser diagnosticado de três formas: sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda de peso) associado a uma glicemia, em qualquer horário, igual ou superior a 200 mg/dl; glicemia de jejum igual ou superior a 126mg/dl podendo ser complementado com um teste de HbA1C (hemoglobina glicada); e glicemia de duas horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl (SBD, 2009).

Na prática clínica a avaliação do controle glicêmico é feito por meio de testes de glicemia capilar, que indicam o nível glicêmico atual e instantâneo, e testes de HbA1C, que refletem a glicemia média dos últimos dois a três meses antes da realização do exame, sendo que valores <7% indicam um bom controle (LOPES, 2012).

Quanto à classificação do DM a SBD em 2009, adotou quatro classes clínicas:

- DM tipo 1 (DM1): É o tipo mais comum que acomete crianças, adolescentes ou adultos jovens. Caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas, produtoras de insulina, que na maioria dos casos é mediada pela autoimunidade. Como consequência existe uma deficiência de produção de insulina total ou próxima da totalidade.
- DM tipo 2 (DM2): Ocorre com maior prevalência em pessoas com mais de 40 anos e obesas, no entanto, tem se observado que pessoas mais jovens também estão sendo acometidos em razão de maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse. Caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina, que com a manifestação da hiperglicemia pode haver o predomínio de um deles.

- DM gestacional: Caracteriza-se por qualquer intolerância à glicose, de grau variável, com início ou diagnóstico na gestação. Em termos gerais, os hormônios advindos da placenta reduzem a ação da insulina, e em algumas mulheres não ocorre o mecanismo de compensação realizado pelo pâncreas, que é o aumento da produção de insulina. Sendo assim a DM gestacional associa-se tanto à resistência à insulina quanto à ausência de compensação a esta resistência por parte das células beta.
- Outros tipos específicos de DM: São formas menos comuns. A origem clínica desse grupo apresenta alto grau de variação, podendo englobar defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições.

Há duas categorias classificadas como pré-diabetes e tolerância à glicose diminuída, porém tais categorias não são clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares.

2.1.2 Epidemiologia

O aumento da prevalência de DM está intimamente relacionado com o crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevivência do diabético (FERREIRA & FERREIRA, 2009).

Dados nacionalmente representativos referentes a brasileiros de 20 anos de idade ou mais mostram um aumento do diabetes autorrelatado de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008. Quanto à mortalidade, o diabetes, como causa básica, aumentou 11% de 1996 a 2000 e 8% de 2000 a 2007. A prevalência crescente de diabetes pode explicar essa maior mortalidade, porém diagnósticos de melhor qualidade e mudanças nos métodos de relato também podem ter contribuído para essa causa (SCHMIDT et al., 2011).

O DM1 é considerado o menos prevalente, presente em 5-10% dos casos, enquanto que o DM2 corresponde a 90-95%. Os principais fatores que estão associados à maior prevalência de DM no Brasil são obesidade, envelhecimento populacional e história familiar (SCHNEIDER, 2009; SBD, 2012).

Em 2011 a população da América do Sul e Central era de 289 milhões, sendo 9,2% acometida por DM. A projeção para 2030 é de 376 milhões de pessoas e dessas, 9,4% terá DM (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2011).

No que se refere a população mundial, em 2011 o número de pessoas era de 4,407 milhões e 8,5% apresentou DM. Já em 2030 estima-se uma população de 5,586 milhões e 8,9% desse total será de diabéticos (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2011).

2.1.3 Tratamento

Os objetivos terapêuticos atuais para as pessoas com DM visam controlar o metabolismo, prevenir complicações e promover qualidade de vida; assim o tratamento que tem se demonstrado mais efetivo faz a associação de medidas farmacológicas (insulina e/ou hipoglicemiantes orais) com as medidas não farmacológicas (atividades físicas e dieta). As medidas não farmacológicas são a base inicial para o tratamento do paciente com DM2 e o coadjuvante essencial para o tratamento do paciente com DM1 (ADA, 2010; SBD, 2011; BOAS et al, 2012).

A prática regular de atividade física contribui para a manutenção do perfil glicêmico dentro dos limites aceitáveis, pois reduz a resistência hepática e muscular à insulina e aumenta a captação de glicose (TURI, 2011; BOAS et al., 2012).

As medidas farmacológicas incorporam-se ao tratamento do paciente com DM2 quando as medidas não farmacológicas, de forma única e exclusiva, não têm a capacidade de controlar os níveis glicêmicos (LOPES et al., 2012).

Existe uma variedade de antidiabéticos orais que podem ser usados isoladamente ou em associações dependendo da condição clínica do paciente, subdividem-se em: aqueles que incrementam a secreção pancreática de insulina (classe das sulfoniuréias e glinidas), os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios (classe dos inibidores das alfa-glicosidases), os que diminuem a produção hepática de glicose (classe das biguanidas) e/ou os que aumentam a captação periférica de glicose (classe das glitazonas) (SBD, 2009; CARVALHO, 2011).

Os secretagogos de insulina da classe das sulfoniuréias, que englobam os medicamentos clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida e glimepirida, promovem ação hipoglicemiante prolongada durante todo o dia e induzem a queda

de 1,5% a 2% na HbA1c. São recomendados para os indivíduos com DM tipo 2 não-obesos e no período inicial da doença (SBD, 2009).

Já a classe das glinidas possuem menor tempo de ação e atuam principalmente no período pós prandial com redução de 1% a 2% da HbA1c, fazem parte dessa classe a nateglinida e repaglinida. São indicadas quando a glicemia pós-prandial é a alteração glicêmica principal (SBD, 2009; LOPES et al., 2012).

A classe que promove a inibição da alfa-glicosidase, representada pelo medicamento acarbose, reduz a velocidade de absorção intestinal de glicose, agindo numa fase mais inicial, ainda no tubo digestivo, de forma predominante na glicemia pós prandial com redução de 0,5% a 1% na HbA1C. (SBD, 2009). É mais indicado em situações especiais, como hiperglicemia predominantemente pós-prandial; pacientes idosos; não-obesos; na ocorrência de hipoglicemia frequente com o uso de sulfoniuréia e glinidas e em terapia combinada com outros antidiabéticos orais (LOPES et al., 2012).

A classe das biguanidas, que é representada pela metformina, pode ser a primeira opção terapêutica quando o DM2 está associado com sobrepeso ou obesidade, pois pode prevenir algumas complicações vasculares e reduzir a mortalidade. Sua ação consiste em diminuir de forma considerável a hiperglicemia em jejum e a glicemia pós-prandial, reduzindo em média 1,5% a 2% da HbA1c. Pode ser utilizado também por não-obesos que apresentam resistência a insulina, normalmente associados com um secretagogo (LOPES et al., 2012).

A classe das glitazonas, representada hoje pelas pioglitazonas, reduzem a HbA1c em torno de 1% a 1,5% e pode contribuir na prevenção da progressão para o DM2 em pacientes pré-diabéticos. É eficaz tanto em pacientes obesos como não-obesos (SBD, 2011; LOPES et al., 2012).

De acordo com o algoritmo para o tratamento do DM2 proposto pela SBD (2011) a conduta inicial em manifestações leves do DM, que leva em consideração glicemia <200 mg/dl, sintomas leves ou ausentes e ausência de outras doenças agudas concomitantes, recomenda-se modificações no estilo de vida e utilização da metformina, porém não atingindo níveis de <7% de HbA1c em 4 ou 6 semanas considera-se a terapia combinada metformina + acarbose, glinidas ou gliptinas. No caso de manifestações moderadas que compreende qualquer glicemia entre 200 e 300 mg/dl com ausência de critérios para manifestação leve ou grave, o tratamento

proposto engloba modificações no estilo de vida associado à metformina e outros antidiabéticos orais. Já em manifestações severas, que é designada por qualquer glicemia acima de 300 mg/dl ou perda significativa de peso ou sintomas graves e significantes ou presença de cetonúria, é recomendado o uso de insulina com início imediato. Em casos de doença renal e hepática, gravidez, infecção, cirurgia, pós-infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, o uso de insulina também deve ser imediato.

Em situações em que há ineficácia da combinação de drogas orais é aceitável o início da insulino terapia, sendo necessária a reposição de forma progressiva conforme evolução dos resultados de HbA1c (SBD, 2011).

Em indivíduos diagnosticados com DM1 o tratamento deve ser iniciado diretamente com a insulina, em função da fisiopatologia da doença onde há um déficit total na produção da insulina endógena. A escolha do melhor esquema terapêutico leva em consideração diversos fatores, como as características das insulinas, idade, horário das atividades diárias, a prática de atividade física, o padrão de alimentação e a aceitação do esquema terapêutico pelo paciente (SBD, 2012).

As insulinas são classificadas de acordo com o tempo para a sua ação e são denominadas de ação rápida, intermediária e longa ou basal (SANCHES, 2011). No indivíduo diabético tipo 1 a reposição insulínica deve ser feita com uma de ação rápida (designada como regular), utilizada para o controle glicêmico após as refeições, associada à uma insulina de ação intermediária (NPH), utilizada no controle glicêmico basal (ANVISA, 2010).

PERFIS DE AÇÃO DAS INSULINAS HUMANAS E DOS ANÁLOGOS DE INSULINA HUMANA				
Insulinas Humanas	Tipo de insulina	Início	Pico de ação	Duração da ação
Ultra-rápida Análogos de insulina de ação ultra-rápida	Glulisina (Apidra®)	< 5-15 minutos	1 hora	4 horas
	Lispro (Humalog®)	< 15 minutos	0,5-1,5 horas	2-4 horas
	Asparte (NovoRapid®)	5-10 minutos	1-3 horas	3-5 horas
Rápida	Regular (Novolin® R, Humulin® R)	30-60 minutos	2-3 horas	3-6 horas
Intermediária	NPH (Novolin® N, Humulin® N)	2-4 horas	4-10 horas	10-16 horas
Longa Análogos de insulina de longa duração	Glargina (Lantus®)	1-2 horas	Não tem	24 horas
	Detemir (Levemir®)	1-2 horas	Não tem	24 horas

Figura 1- Perfis de ação das insulinas humanas e dos análogos de insulina humana. Fonte: Posicionamento oficial Sociedade Brasileira de Diabetes Nº3, 2009.

A insulina NPH, é a primeira escolha entre as insulinas para o controle basal da glicemia ao longo de 24 horas e normalmente é administrada em duas ou mais doses. Os principais problemas relacionados a essa insulina são absorção variável e errática, o que culmina em variações inesperadas na glicemia e um pico de ação mais pronunciado, que pode estar relacionado a episódios de hipoglicemia (ANVISA, 2010).

Como uma alternativa à insulina NPH foram lançadas as insulinas análogas Glargina e Detemir, de ação prolongada, sendo o seu uso mais relevante em pacientes que apresentam maior frequência de episódios de hipoglicemia noturna. São insulinas mais previsíveis quanto à ação, sendo assim tornam-se indicadas para pacientes com DM1 (e DM2 em fases mais avançadas) que têm oscilações significativas das suas glicemias diárias (ANVISA, 2010; SBD, 2011).

2.2 Acesso aos medicamentos

Os medicamentos têm um importante papel nos sistemas de saúde, pois seus efeitos podem reduzir as taxas de mortalidade e morbidade da população, no entanto, para que isso aconteça é imprescindível o acesso a esse insumo. Assim, a falta de acesso pode ocasionar maiores gastos com a atenção secundária e terciária em saúde em função do agravamento e/ou da progressão do quadro clínico do paciente (BOING, VEBER, STOLF, 2010; AZIZ et al., 2011) .

O acesso aos medicamentos no Brasil é assegurado por meio da lei nº 8080/90, que estabelece que a saúde é um direito de todo cidadão e o Estado deve garantir a assistência terapêutica integral dispondo da distribuição universal e gratuita de medicamentos no setor público (BRASIL, 1990).

Nesse contexto destaca-se a Assistência Farmacêutica (AF), que tem caráter sistêmico, multidisciplinar e tem como uma das atividades a distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde. A AF dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) teve suas funções e finalidades definidas em 1998 pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), tendo em vista que anteriormente a AF era caracterizada por manter apenas a aquisição e distribuição de medicamentos de forma centralizada (CONASS, 2007; OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010).

A PNM tem como atributos principais garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promover seu uso racional e facilitar o acesso da população àqueles considerados essenciais por meio da adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (PAULA et al., 2009).

O acesso a medicamentos pode ser garantido por diferentes meios: Unidades de Saúde; pelo sistema privado e pelo Programa Farmácia Popular. Em unidades de saúde a distribuição é feita de forma gratuita para os usuários do SUS com base em uma relação de medicamentos essenciais (REME) local ou estadual, definidos a partir da RENAME. No sistema privado, de planos e seguros de saúde, o medicamento pode ou não estar incluído na cobertura do plano aderido. Normalmente, quando a cobertura inclui medicamentos, estes são adquiridos por pagamento direto do usuário com reembolso parcial ou total pelo plano ou seguro de saúde (HELFER et al., 2012).

O Programa Farmácia Popular, criado em 2004, garante o acesso a medicamentos básicos e essenciais a um baixo custo e destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não do serviço público de saúde, mas de forma primordial, daquelas que utilizam os serviços privados e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O Programa possui rede própria e parcerias com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de “Aqui tem Farmácia Popular” (COUTINHO, HASTENREITER, CASTRO-SILVA, 2012).

Como uma estratégia de melhorar a acessibilidade para pessoas com DM, em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e à monitorização da glicemia capilar. Para ser beneficiário desta lei o usuário, com diagnóstico de DM, deve estar inscrito em programa de educação em saúde voltado para o diabetes (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de detalhar e regulamentar a distribuição gratuita dos benefícios advindos desta Lei Federal, a Portaria nº 2.583/07 definiu o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados aos usuários com DM, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007; SANTOS et al., 2011).

Destaca-se, ainda, o programa de governo da Presidência da República “Saúde Não Tem Preço”, lançado em fevereiro de 2011, que garante de forma

gratuita a distribuição de uma lista de medicamentos para hipertensão e diabetes, entre outras patologias, a todos os cidadãos. Os medicamentos podem ser adquiridos nas farmácias próprias ou credenciadas no Programa “Aqui tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2011).

O acesso aos medicamentos é de extrema importância em toda e qualquer política farmacêutica e um dos pilares essenciais das políticas de saúde pública. Entretanto, esse acesso passa por dificuldades e desafios, destacando os problemas na área de pesquisa e desenvolvimento, problemas na disponibilidade do setor produtivo, limitações técnicas e estruturais dos serviços de saúde e limitações no sistema de fornecimento (OPAS, 2009).

2.3 Adesão ao tratamento

O conceito de adesão é amplamente diversificado na literatura, porém a definição que se considerou é o resultado de uma fusão das definições de Haynes e Rand e que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “O grau em que o comportamento de uma pessoa ao tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência sanitária” (WHO, 2003). Considerou-se, ainda, segundo Araújo (2010) que para se considerar uma pessoa como aderente a um tratamento, ela deve utilizá-lo ou segui-lo em pelo menos 80% de seu total, levando em consideração os horários, doses (porções) e tempo de tratamento (ARAÚJO, 2010).

Além do acesso, fatores inerentes ao paciente (como idade, debilidades cognitivas e o baixo nível de escolaridade), à relação entre profissional e usuário (falta de confiança ou credibilidade), ao esquema terapêutico estabelecido (complexidade do regime terapêutico, duração do tratamento, o insucesso dos tratamentos anteriores, mudança frequente na terapêutica e os efeitos colaterais) e à doença (limitações visuais, de deslocamento) também podem ter influência na adesão, não existindo um consenso estabelecido de qual teria maior influência. Ou seja, a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional e multifatorial, sendo de difícil resolução como pode ser observado na figura 2 (SILVA, PAIS-RIBEIRO,

CARDOSO, 2006; FARIA, 2008; MACHADO, 2008; GIMENES, ZANETTI, HAAS, 2009; PEREIRA, 2010).

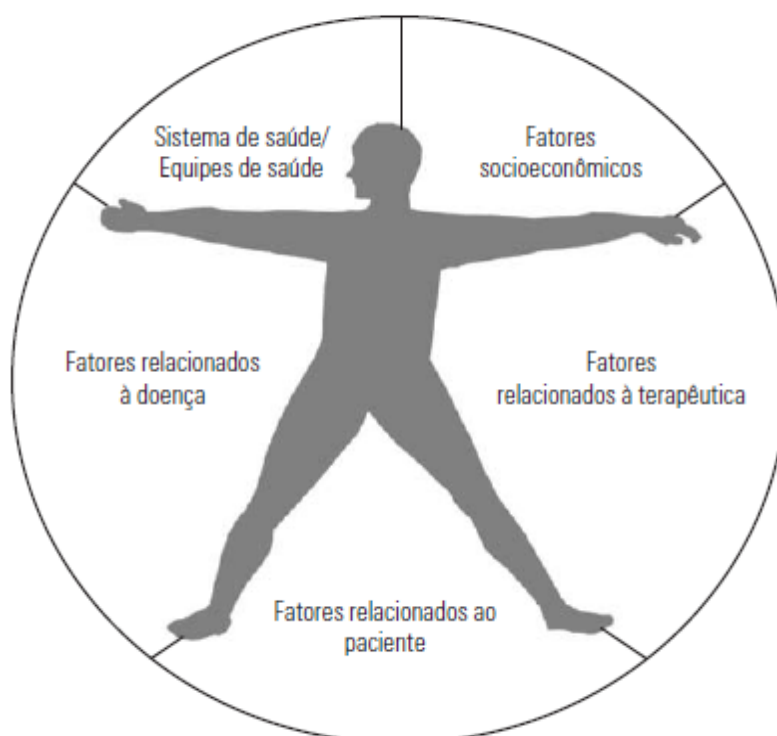


Figura 2 – Adesão como fenômeno multidimensional e multifatorial. Fonte: MACHADO, 2008 (adaptado de WHO, 2003).

A não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes diabéticos constitui um importante problema assistencial e afeta de forma negativa a sua evolução clínica e sua qualidade de vida, além de enfraquecer a relação paciente/profissional de saúde e elevar os custos médicos devido ao surgimento de complicações, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, retinopatias, amputações e óbitos diretos (ARAÚJO, 2011; FREITAS et al, 2011).

Em pacientes crônicos a adesão ao tratamento é contemplada por três aspectos: 1) a aceitação ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde; 2) o autocuidado do indivíduo, já que os cuidados prestados por um profissional são limitados; 3) a manutenção, ou seja, o paciente incorpora o tratamento no seu estilo de vida e assim tem um determinado nível de autocontrole sobre o novo comportamento (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008).

A adesão não consiste somente em cumprir o que o profissional de saúde determina, mas também da participação ativa e com envolvimento voluntário e

colaborativo do paciente, para que possa desenvolver autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde (ESPÍRITO SANTO et al, 2012).

É possível identificar o comportamento não-aderente do paciente ao tratamento medicamentoso por meio de diferentes métodos diretos e indiretos, entretanto, não é fácil detectar e quantificar este comportamento. Os métodos diretos englobam: o controle sérico de fármacos na corrente sanguínea ou urina, sendo o método considerado mais preciso, porém mais caro e difícil de ser realizado; Terapia Observada Diretamente (TOD) ou DOT em inglês, onde um membro da equipe multiprofissional de saúde supervisiona o ato de medicar-se do paciente, porém torna-se inviável nos casos de tratamentos crônicos com regimes complexos, como é o caso da diabetes. Entre os métodos indiretos pode-se citar: a contagem de comprimidos, que se dá pela comparação entre a quantidade de medicamentos fornecidos na farmácia com a que o paciente leva na consulta; o controle da frequência da dispensação pela farmácia; e o auto-relato do paciente quanto ao uso de medicamentos e o aparecimento de reações adversas por meio da aplicação de questionários. Entre estas, a forma mais utilizada é o questionário direto, devido a sua objetividade e baixo custo (WHO, 2003; CHAMORRO et al., 2008; SANTOS et al., 2010; COELHO & AMARAL, 2012).

Existem diferentes questionários para avaliar a adesão, um deles é o teste de Haynes-Sackett, cujas perguntas se assemelham as do questionário utilizado neste estudo. Este teste é dividido em dois momentos, sendo que o primeiro consiste em criar um ambiente de conversa adequada, evitando questionar diretamente o paciente sobre o uso dos medicamentos. Já no segundo momento questiona-se o paciente sobre a utilização da medicação, com a seguinte pergunta: “Você tem dificuldades de utilizar seus medicamentos?”. Se a resposta for sim, significa que o paciente não adere ao tratamento e medidas de intervenção são necessárias. Caso a resposta seja não, o paciente é considerado aderente, porém é possível que não tenha falado a verdade por diversos motivos. Nessa situação segue o questionamento: “Como é que você toma? Todos os dias, alguns dias ou raramente?”. E, por último uma outra pergunta é feita para a reflexão do paciente: “Muitas pessoas têm dificuldades de seguir o tratamento proposto, você pode me falar como este problema acontece com você?” (CHAMORRO et al., 2008).

Outros dois testes muito utilizados para avaliar a adesão são o Morisky-Green e *Brief Medication Questionnaire* (BMQ).

O questionário de Morisky- Green está validado para diferentes doenças crônicas, mas foi inicialmente criado para mensurar o cumprimento do tratamento medicamentoso em pacientes com hipertensão arterial. Consiste em quatro perguntas em que se responde sim ou não e, reflete a conduta do paciente quanto à adesão. As perguntas realizadas são: 1) “Alguma vez você esqueceu de tomar seus medicamentos para o tratamento da sua doença?”; 2) “Você toma seus medicamentos nas horas indicadas?”; 3) “Você deixa de tomar seus medicamentos quando se sente bem?” e 4) “Se você se sente mal ao tomar seus medicamentos, você para de tomá-los?”. O paciente é considerado aderente se responder sim apenas na pergunta número 2 (CHAMORRO et al., 2008).

O teste BMQ é dividido em três partes. A primeira parte apresenta cinco itens em que é solicitado ao paciente que liste os medicamentos que utiliza com suas respectivas doses e é questionado sobre quantos dias tomou esse medicamento na última semana, quantas vezes o tomou por dia, quantos comprimidos tomou de cada vez e quantas vezes esqueceu de tomar algum comprimido. Por último, pergunta-se ao paciente se ele deixou de tomar algum medicamento por qualquer motivo. A segunda parte do teste avalia a crença dos pacientes no efeito do tratamento e opinião sobre os efeitos colaterais. A terceira parte consiste em identificar os problemas em relação à recordação, questionando o paciente quanto é difícil lembrar de tomar os medicamentos e tomá-los da forma que foi prescrito. A existência de mais de uma resposta afirmativa em cada uma das partes do teste indica baixa adesão ao tratamento, em função das barreiras relacionadas ao regime terapêutico prescrito, às crenças no tratamento e/ou à recordação em tomar os medicamentos (BEN, 2011).

Devido à dificuldade em verificar de fato a adesão do paciente por métodos indiretos, a utilização de métodos indiretos combinados é sugerida por diferentes autores como forma mais eficiente de medir a adesão entre pacientes que utilizam medicamentos em longo prazo, como no caso do DM, pois não existe um método que possa ser realmente considerado ideal ou “padrão ouro”. Assim, para superar as limitações de todos os métodos indiretos supracitados, deve-se utilizá-los de forma combinada e simultânea (ROCHA, 2008; CHAMORRO, 2008).

O paciente com DM tem dificuldades de aderir ao tratamento proposto devido a características dessa doença e do seu tratamento: ausência de sintomas limitantes imediato, necessidade de mudanças no estilo de vida, tratamento complexo, meta de prevenção ou controle de sintomas e não de cura da doença, comportamentos que não podem ser acompanhados de forma direta pelos profissionais de saúde (COELHO & AMARAL, 2012).

2.4 Uso Racional de Medicamentos

Os medicamentos são considerados uma das ferramentas terapêuticas de escolha para o tratamento de doenças, uma vez que têm a capacidade de promover a cura ou diminuir/estabilizar os sintomas, prolongar a vida ou retardar o surgimento de complicações associadas a doenças. Porém se utilizados de maneira inadequada, podem ser responsáveis pelo aparecimento de eventos prejudiciais ao usuário, como reações adversas, intoxicações, interações medicamentosas e até ausência do efeito terapêutico (BOING, VEBER, STOLF, 2010).

Segundo a OMS (1985), o URM consiste em uma prescrição apropriada, a disponibilidade dos medicamentos no momento certo e a um preço acessível, que sejam dispensados de forma adequada e que sejam utilizados das doses certas, nos intervalos definidos. Esses medicamentos devem ser de eficazes, de qualidade e seguros.

O URM abrange diferentes atores (Estado, mercado farmacêutico, profissionais de saúde e o usuário dos serviços de saúde) que influenciam de forma direta ou indireta para o seu alcance. Estes atores se relacionam de maneira conflituosa, pois os interesses são diferentes e a falta de uma regulamentação eficiente por parte do Estado e de uma conduta ética e racional dos profissionais de saúde agrava ainda mais este problema (BOING, FERNANDES, FARIAS, 2012)

Para promover o URM, um conjunto de fatores devem ser levados em consideração como: diagnóstico correto; prescrição correta e de maneira legível com informações necessárias para o entendimento do paciente e do farmacêutico que irá realizar a dispensação do mesmo; organização do serviço para que tenha disponível o medicamento no tempo e quantidade que o paciente necessita; adesão ao tratamento e monitoramento do paciente em relação à resposta terapêutica ou

qualquer outro problema relacionado aos medicamentos (BOING, VEBER, STOLF, 2010).

Contrapondo ao que foi citado acima, o número excessivo de produtos farmacêuticos disponíveis, a prática de automedicação, a propaganda de medicamentos nos meios de comunicação, a falta de informações aos pacientes, problemas na prescrição, o fácil acesso de medicamentos na internet e os profissionais de saúde que valorizam ações curativistas em vez de estratégias de prevenção e promoção em saúde, entre outros, podem colaborar para o uso inadequado de medicamentos e culminar em consequências graves (CUNHA et al., 2012).

A assistência farmacêutica está intimamente relacionada com o URM, uma vez que é um dos seus objetivos e busca contribuir de maneira eficaz e efetiva para a transformação do investimento em medicamentos, em desenvolvimento de melhorias em saúde e qualidade de vida. Em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) houve o reforço da ampliação da AF, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e através desta inseriu-se a Atenção Farmacêutica, que tem como objetivo prevenir e resolver problemas relacionados a medicamentos, através do contato direto do farmacêutico com o paciente (OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010; BOSSE, 2012).

Apesar das dificuldades em alcançar o URM, algumas estratégias são consideradas acessíveis e podem ser utilizadas para promover a racionalidade, como: a seleção de medicamentos, o formulário terapêutico, o gerenciamento adequado dos serviços farmacêuticos, a dispensação e uso apropriado de medicamentos, a farmacovigilância e a educação aos pacientes quanto aos riscos relacionados aos medicamentos (CONASS, 2007).

3. Objetivos

3.1 Gerais

Conhecer o acesso aos medicamentos e a racionalidade do tratamento pelos participantes do projeto de Ceilândia do programa Doce Desafio e avaliar a sua relação com a adesão.

3.2 Específicos

- Descrever os medicamentos utilizados pelos participantes do programa;
- Descrever o acesso e o gasto com medicamentos entre estes participantes;
- Verificar a adesão ao tratamento e o impacto que o acesso e os fatores socioeconômicos têm na utilização de medicamentos;
- Analisar os medicamentos utilizados quanto a sua racionalidade, utilizando como critérios: posologia indicada, relatos de reações adversas e presença de possíveis interações medicamentosas.

4. Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo transversal com uma amostra de 27 participantes do PDD em unidade de saúde em Ceilândia (Centro de Saúde nº 03 - CSC 03) que iniciaram sua participação no programa entre outubro de 2012 a outubro de 2013.

Os critérios de inclusão na amostra foram os mesmos do PDD, a saber: adultos maiores de dezoito anos e não gestante, com diagnóstico de DM, acompanhamento médico e estar autorizado à prática de exercícios físicos. Os indivíduos foram de ambos os sexos, recebidos por demanda espontânea e provenientes de qualquer sistema de saúde.

Os participantes concordaram voluntariamente em fazer parte do PDD e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Todas as informações coletadas dos participantes foram processadas de forma a garantir a integridade e confidencialidade dos mesmos e atendendo os requisitos da Resolução 196/1996. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB) sob o número CAAE: 19656513.4.0000.0030 , conforme Apêndice A.

Os dados foram coletados por meio de questionários padronizados respondidos pelos participantes (Anexo B e C), nos quais foram feitas todas as análises. Para mensurar a adesão foi utilizado o método de auto- relato. O programa Epi Info versão 3.5.4 foi utilizado para a compilação e análise dos dados, a *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi utilizada para a classificação dos medicamentos e o banco de monografias MICROMEDEX® para análise da ocorrência de interações medicamentosas potenciais e sua classificação, além da verificação da dose diária recomendada (DDR).

5. Resultados

Conforme demonstrado na tabela 1, grande parte dos participantes do PDD selecionados para este estudo (n=27), é do sexo feminino (77,77%), está na faixa etária de 40-64 anos (48,14%), possuem ensino fundamental incompleto (40,74%), consideram-se de raça parda (40,74%), são amparados pelo SUS (85,18%) e possuem uma renda mensal de R\$1001 a R\$ 2000 (33,33%), ou seja, menos de três salários mínimos.

Tabela 1 - Descrição socioeconômica da amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia, 2013.

Variáveis	N= 27	Prevalência (%)
Gênero		
Feminino	21	77,77
Idade		
40 – 64	13	48,14
65 – 69	5	18,51
70 – 79	9	33,33
Raça		
Branca	8	29,62
Parda	11	40,74
Preta	8	29,62
Tipo de diabetes*		
Tipo 2	16	59,25
Não sabe	11	40,74
Tipo de atendimento		
Particular	4	14,81
Público	23	85,18
Escolaridade		
Analfabeto	2	7,40
Fundamental incompleto	11	40,74
Fundamental completo	7	25,92
Médio	5	18,51
Superior completo	2	7,40
Profissão		
Servidor público	3	11,11
Comerciário	1	3,70

continua

Conclusão tabela 1

Prestador de serviços	8	29,62
Dona de casa	15	55,55
Renda		
Até R\$ 1.000,00	8	29,62
R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00	9	33,33
R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00	3	11,11
R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00	3	11,11
R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00	-	-
Acima de R\$ 5.000,1	3	11,11
Não sabe	1	3,70

Quanto aos gastos com medicamentos observou-se um gasto de até R\$ 96 para remédios para diabetes, de até R\$ 300 para outros medicamentos. Os gastos com insumos chegaram a R\$ 150.

Observou-se um consumo de 38 diferentes fármacos na amostra, conforme demonstrado na Tabela 2, onde os medicamentos estão classificados de acordo com a *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC) da OMS, com a faixa da dose média diária utilizada (DMD), a dose diária recomendada (DDR) de cada medicamento (conforme o banco de monografias MICROMEDEX®) e a frequência de utilização entre os sujeitos da amostra. A DMD dos medicamentos relatada pelos participantes correspondeu em quase sua totalidade com a DDR, de acordo com a literatura, demonstrando uma correta posologia dos medicamentos prescritos. Verifica-se uma média de consumo de 5,48 medicamentos por participante, com a frequência de 148 medicamentos utilizados no total. Os mais frequentes foram do trato alimentar e metabolismo, como o cloridrato de metformina (85,18%) e gliclazida (48,14%). A insulina NPH representou apenas 14,8% de utilização entre os participantes. Quanto ao sistema cardiovascular, a losartana potássica (59,25%), o besilato de anlodipino (33,33%) e a sinvastatina (29,6%) foram os mais utilizados. O Ácido Acetilsalicílico (AAS), medicamento antitrombótico, foi utilizado por 25,92% das pessoas. A maioria das DMD's relatadas pelos participantes está de acordo com a DDR estabelecida.

Ainda na tabela 2 apresenta-se o meio de obtenção dos medicamentos e percebe-se que grande parte foi obtida pela dispensação na Unidade de Saúde (73,64%) ou com a aquisição pelo próprio participante (18,91%). Apenas 9 pessoas (6,08%) utilizam a Farmácia Popular para obter seus medicamentos.

Tabela 2 - Medicamentos utilizados pelos participantes do Programa Doce Desafio da Universidade de Brasília (N=27), classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) da Organização Mundial da Saúde e com a dose média diária (DMD) relatada e a dose diária recomendada (DDR) descrita na literatura e a fonte de obtenção, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia, 2013.

MEDICAMENTOS	ATC	DMD	DDR	Freq (N=27)	Unidade de saúde (%)	Como obteve		
						Farmácia popular (%)	Próprio idoso (%)	Outro (%)
Ácido acetilsalicílico	N02BA01	500 mg	325 - 4000 mg	1	1 (100)			
Ácido acetilsalicílico	B01AC06	100 - 200 mg	75 - 100 mg	7	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25)	
Ácido tiótico	A16AX01	600 mg	200 - 600 mg	1			1 (100)	
Atenolol	C07AB03	50 mg	50 - 100 mg	1			1 (100)	
Atorvastatina cálcica	C10AA05	10 mg	10 - 80 mg	2			2 (100)	
Besilato de anlodipino	C08CA01	2,5 - 10 mg	5 - 10 mg	9	7 (77,5)		2 (22,5)	
Cafeína	N06BC01	30 mg	65 - 200 mg	2			2 (100)	
Captopril	C09AA01	25 - 75 mg	25 - 450 mg	3	3 (100)			
Carisoprodol	M03BA02	125 mg	250 - 1050 mg	1			1 (100)	
Cloridrato de amitriptilina	N06AA09	25 mg	10 - 200 mg	2	2 (100)			
Cloridrato de metformina	A10BA02	500 - 2550 mg	500- 2550 mg	23	21 (91,3)	2 (8,7)		
Cloridrato de verapamil	C08DA01	80 mg	80 - 480 mg	2	2 (100)			
Diclofenaco potássico	M01AB05	100 mg	50- 225 mg	1			1 (100)	
Diclofenaco sódico	M01AB05	50 - 100 mg	25 - 200 mg	2			1 (100)	
Digoxina	C01AA05	0, 25 mg	0,125 - 0,375 mg	1	1 (100)			
Dinitrato de isossorbida	C01DA08	5 mg	2,5 - 240 mg	1			1 (100)	
Dipirona sódica	N02BB02	300 mg	500 mg - 4000 mg	1			1 (100)	
Espironolactona	C03DA01	25 mg	25 - 400 mg	2	2 (100)			
Furosemida	C03CA01	40 mg	20 - 600 mg	2	2 (100)			
Glibenclamida	A10BB01	5 mg	0,75 - 20 mg	1	1 (100)			
Gliclazida	A10BB09	30- 120	40 - 320 mg	13	12 (92,3)	1 (7,7)		
Glimepirida	A10BB12	2 mg	1 - 8 mg	1	1 (100)			
Hidroclorotiazida	C03AA03	25 - 50 mg	12,5 - 100 mg	4	4 (100)			
Ibuprofeno	M01AE01	400 mg	400 - 3200 mg	2			2 (100)	

continua

Conclusão Tabela 2

MEDICAMENTOS	ATC	DMD	DDR	Freq (N=27)	Unidade de saúde (%)	Como obteve		
						Farmácia popular (%)	Próprio idoso (%)	Outro (%)
Indapamida	C03BA11	1,2 - 1,5 mg	1,25 - 5 mg 0,1 a 0,4 unidades / kg / dia	10	9 (90)		1 (10)	
Insulina humana NPH	A10AE01	20 - 45 UI		4	4 (100)			
Levotiroxina sódica	H03AA01	150 µg	12,5 - 200 µg	2	1 (50)		1 (50)	
Losartana potássica	C09CA01	50 - 100 mg	12,5 - 100 mg	16	11 (68,7)	4 (25)	1 (6,2)	
Maleato de enalapril	C09AA02	20 - 40 mg	2,5 - 40 mg	4	3 (75)	1 (25)		
Metildopa	C02AB01	250 - 500 mg	250 - 3000 mg	3	3 (100)			
Mucato de isometepteno	A03AX10	30 mg	65 - 520 mg	1			1 (100)	
Olmesartana medoxomila	C09CA08	40 mg	20 - 40 mg	1			1 (100)	
Omeprazol	A02BC01	20 mg	20 - 120 mg	4	2 (50)		1 (25)	1 (25)
Paracetamol	N02BE01	300 - 1000 mg	650 - 4000 mg	5	1 (20)		4 (80)	
Propranolol	C07AA05	40-80mg	40-80mg	3	3 (100)			
Sinvastatina	C10AA01	20 - 40 mg	5 - 80 mg	8	7 (87,5)		1 (12,5)	
Sulfato de condroitina	M01AX25	1500 mg	500 - 1500 mg	1				1 (100)
Sulfato de glicosamina	M01AX25	1200 mg	400 - 1200 mg	1				1 (100)
TOTAL DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS				148	109 (73,64)	9 (6,08)	28 (18,91)	2 (1,35)

Fonte: MICROMEDEX, 2013.

Como pode ser observado na tabela 3, a maior parte dos insumos foram comprados (75%) de um total de 36 produtos declarados. O adoçante foi o mais utilizado.

Tabela 3 – Descrição dos insumos utilizados pelos participantes do Programa Doce Desafio da Universidade de Brasília (N=27) e suas formas de obtenção, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia, 2013.

INSUMOS	Freq (N=27)	Unidade de saúde (%)	Como obteve	
			Próprio idoso (%)	Outro (%)
Adoçante	18		18 (100)	
Tiras de glicemia	5	3 (60)	1 (20)	1 (20)
Glicosímetro	7	3 (42,85)	3 (42,85)	1 (14,28)
Lanceta	3		3 (100)	
Seringa	2	1 (50)	1 (50)	
Agulhas	1		1 (100)	
TOTAL	36	7 (19,4)	27 (75)	2 (5,5)

Em relação à dificuldade de utilização de medicamentos (figura 3), observa-se que 74% dos participantes relataram não ter dificuldade para tomar os medicamentos da forma indicada.

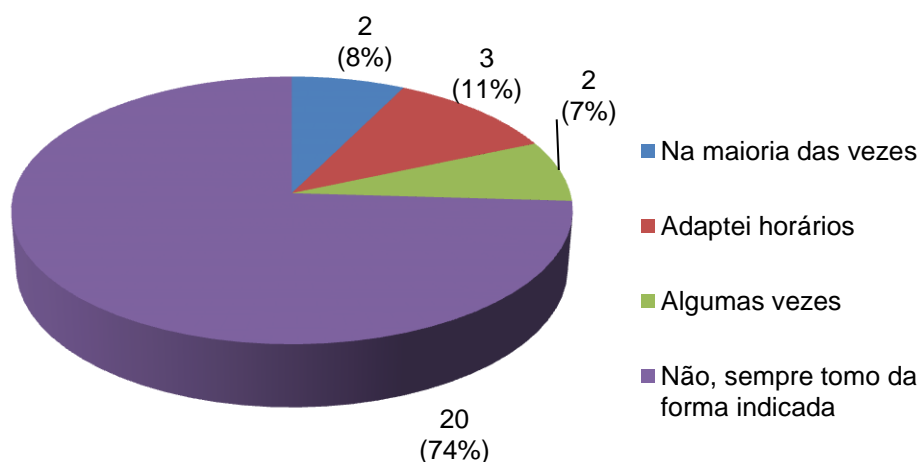


Figura 3 - Dificuldade de utilização de medicamentos na amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia, 2013.

Quanto à adesão, essa mesma percentagem (74%) de pessoas declararam não deixar de utilizar os medicamentos nos últimos 12 meses. Os motivos alegados

pelos participantes considerados não-aderentes foram indisponibilidade no medicamento no SUS (7,4%) e não gosta de utilizar medicamento (3,70%)

Na tabela 4, com a descrição das RAM's, observa-se que 11 pessoas (40,74%) relataram ter reações em algum momento durante o uso de medicamentos, sendo que a maior parte foi com o uso do cloridrato de metformina (54,54%).

Quadro 1 – Reações Adversas (RAM's) autorrelatadas na amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de saúde nº 3 em Ceilândia, 2013.

Medicamentos	RAM'S	Frequência (N=27)	%
Desconhecido	Bolhas no braço e urticária	1	9,09
Cloridrato de metformina	-Inchaço na barriga; -Dor no estômago; -Hipoglicemia, -Náusea e -Diarreia	6	54,54
Digoxina	Mal estar	1	9,09
Ácido tióctico	Dor no estômago	1	9,09
Dipirona e benzetacil	Alergia	1	9,09
Indapamida	Coceira intensa nas costas	1	9,09
TOTAL		11	100

Fonte: Autorrelato no questionário do Programa Doce DESAFIO, 2013

Quanto à relação e frequência de PIM's entre os medicamentos utilizados na amostra, classificadas pelo grau de severidade e com os efeitos prováveis no organismo, foram descritas de acordo com o banco de monografias MICROMEDEX, na tabela 5. Foram encontradas 46 PIM's em 15 pessoas (55,5%), com uma média de 3 PIM's cada uma. Do total de PIM's, 38 foram consideradas de gravidade moderada, sendo que o AAS + besilato de anlodipino, AAS + losartana potássica e metformina+enalapril representaram a maior parte (6,5% cada), 5 de maior gravidade, inclusive com risco de danos irreversíveis ao paciente ou com potencial letal e 3 de menor gravidade.

Quadro 2 - Relação das possíveis interações medicamentosas com o grau de severidade, efeitos prováveis e a quantidade dessas possíveis interações na amostra de participantes do Programa Doce Desafio (N=27) da Universidade de Brasília, Centro de Saúde nº 3 em Ceilândia, 2013.

Possível interação medicamentosa	Gravidade	Efeitos prováveis	Freq (N=27)
Ácido acetilsalicílico - Besilato de anlodipino	Moderada	Aumento do risco de hemorragia gastrointestinal e/ou antagonismo do efeito hipotensor.	3
Ácido acetilsalicílico – Captopril	Moderada	Diminuição da eficácia anti-hipertensiva.	1
Ácido acetilsalicílico - Cloridrato de verapamil	Moderada	Aumento do risco de hemorragia gastrointestinal e/ou antagonismo do efeito hipotensor.	2
Ácido acetilsalicílico - Diclofenaco sódico	Moderada	Eficácia reduzida do diclofenaco.	1
Ácido acetilsalicílico – Glibenclamida	Moderada	Hipoglicemia excessiva.	1
Ácido acetilsalicílico – Hidroclorotiazida	Moderada	Diminuição da eficácia diurética e anti-hipertensiva	2
Ácido acetilsalicílico – Hidróxido de alumínio	Moderada	Diminuição da eficácia do ácido acetilsalicílico.	1
Ácido acetilsalicílico – Ibuprofeno	Moderada	Diminuição do efeito antiplaquetário do ácido acetilsalicílico	1
Ácido acetilsalicílico – Indapamida	Moderada	Diminuição da eficácia diurética e anti-hipertensiva.	2
Ácido acetilsalicílico – Insulina NPH	Moderada	Hipoglicemia (depressão do SNC, convulsões).	2
Ácido acetilsalicílico – Losartana potássica	Moderada	Diminuição efeitos anti-hipertensivos e um risco aumentado de insuficiência renal.	3
Ácido acetilsalicílico – Maleato de enalapril	Moderada	Diminuição da eficácia anti-hipertensiva.	1
Ácido acetilsalicílico – Olmesartana medoxomila	Moderada	Diminuição efeitos anti-hipertensivos e um risco aumentado de insuficiência renal.	1
Ácido tióctico – Cloridrato de metformina	Menor	Aumento do risco de hipoglicemia.	1
Ácido tióctico – Insulina NPH	Menor	Aumento do risco de hipoglicemia.	1
Atenolol - Besilato de anlodipino	Moderada	Hipotensão e/ou bradicardia.	1
Atenolol- Cloridrato de metformina	Moderada	Hipoglicemia, hiperglicemia ou hipertensão.	1
Atenolol – Gliclazida	Moderada	Hipoglicemia, hiperglicemia ou hipertensão.	1
Besilato de anlodipino – Ibuprofeno	Moderada	Aumento do risco de hemorragia gastrointestinal e/ou antagonismo do efeito hipotensor.	1
Besilato de anlodipino – Sinvastatina	Maior	Aumento da exposição de sinvastatina e aumento do risco de miopatia, incluindo rabdomiólise.	2

continua

Continuação quadro 2

Possível interação medicamentosa	Gravidade	Efeitos prováveis	Freq (N=27)
Captopril – Glibenclamida	Moderada	Hipoglicemia excessiva.	1
Captopril – Indapamida	Moderada	Hipotensão postural (primeira dose).	1
Cloridrato de metformina – Maleato de enalapril	Moderada	Acidose láctica hipercalêmica.	3
Cloridrato de metformina – Sulfato de glicosamina	Menor	Eficácia reduzida do agente antidiabético.	1
Diclofenaco potássico - Cloridrato de propranolol	Moderada	Diminuição do efeito anti-hipertensivo.	1
Diclofenaco potássico – Hidroclorotiazida	Moderada	Diminuição da eficácia diurética e anti-hipertensiva.	1
Diclofenaco sódico - Cloridrato de propranolol	Moderada	Diminuição do efeito anti-hipertensivo.	1
Diclofenaco sódico – Hidroclorotiazida	Moderada	Diminuição da eficácia diurética e anti-hipertensiva.	2
Diclofenaco sódico - Losartana potássica	Moderada	Diminuição dos efeitos anti-hipertensivos e risco aumentado de insuficiência renal.	1
Digoxina - Cloridrato de metformina	Moderada	Aumento das concentrações plasmáticas de metformina.	1
Digoxina - Cloridrato de verapamil	Maior	Aumento das concentrações séricas de digoxina e risco de toxicidade digitalica.	1
Digoxina – Sinvastatina	Moderada	Aumento dos níveis de digoxina.	1
Espironolactona – Losartana potássica	Moderada	Hipercalémia.	1
Espironolactona – Maleato de enalapril	Maior	Hipercalémia.	1
Furosemida – Maleato de enalapril	Moderada	Hipotensão postural (primeira dose).	1
Hidroclorotiazida - Cloridrato de propranolol	Moderada	Hiperglicemia e hipertrigliceridemia.	1
Hidroclorotiazida – Digoxina	Maior	Toxicidade digitalica (náusea, vômito, arritmias).	1
Ibuprofeno - Cloridrato de verapamil	Moderada	Aumento do risco de hemorragia gastrointestinal e/ou antagonismo do efeito hipotensor.	1
Ibuprofeno – Indapamida	Moderada	Diminuição da eficácia diurética e anti-hipertensiva.	1
Ibuprofeno – Losartana potássica	Moderada	Diminuição efeitos anti-hipertensivos e um risco aumentado de insuficiência renal.	1
Ibuprofeno - Olmesartana medoxomila	Moderada	Diminuição dos efeitos anti-hipertensivos e risco aumentado de insuficiência renal.	1
Levotiroxina sódica – Cloridrato de metformina	Moderada	Diminuição da eficácia do agente antidiabético.	1
Levotiroxina sódica – Gliclazida	Moderada	Diminuição da eficácia do agente antidiabético.	1

Continua

Conclusão quadro 2

Possível interação medicamentosa	Gravidade	Efeitos prováveis	Freq (N=27)
Metildopa - Cloridrato de propranolol	Moderada	Resposta hipertensiva exagerada, taquicardia ou arritmias durante estresse fisiológico ou exposição a catecolaminas exógenas.	1
Sinvastatina – Cloridrato de verapamil	Maior	Aumento da exposição à sinvastatina e um risco aumentado de miopatia ou rabdomiólise.	1
Maleato de enalapril- Indapamida	Moderada	Pode resultar em hipotensão postural.	1

Fonte: MICROMEDEX®, 2013.

Legenda:

- Maior - A interação pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves;
- Moderada - A interação pode resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma alteração no tratamento;
- Menor - A interação resultaria em efeitos clínicos limitados. As manifestações podem incluir um aumento na frequência ou gravidade dos efeitos colaterais, mas geralmente não requerem uma alteração importante no tratamento.

6. Discussão

Com base nos resultados, o grupo predominante do sexo feminino pode ser explicado pela maior preocupação com a saúde por este grupo e por procurarem mais os serviços de saúde, como descrito por Pires e cols (2006) e Groff e cols (2011). A idade do grupo também se mostrou avançada, com mais de 50% da amostra com mais de 65 anos.

A raça auto-relatada de maior prevalência foi a parda, embora não seja um valor significativo, sugere um conjunto de fatores socioeconômicos, comportamentais, estruturais e de acesso e uso de serviços de saúde que podem produzir diferenças de condições de saúde entre brancos e não-brancos (FRANCISCO, 2008). Em estudo realizado por Barros e cols (2008) a raça parda e preta tiveram uma maior associação com a não-adesão, porém no presente estudo não houve essa correlação.

No que se refere à escolaridade, a maior prevalência do ensino fundamental incompleto não interferiu na adesão ao tratamento medicamentoso, diferente do estudo realizado por Gimenes e cols (2009), onde a baixa escolaridade mostrou-se significativa e os autores atribuíram que a baixa escolaridade pode dificultar a adesão, uma vez que à medida que aumenta a complexidade da terapêutica medicamentosa, como o encontrado nesse estudo – uma média de 5,48 medicamentos por participante, o paciente necessita de habilidades cognitivas mais complexas para compreender e aderir ao tratamento medicamentoso instituído.

A renda é um dado que influencia no acesso a serviços de saúde, que, por sua vez, pode influenciar o nível de percepção e procura por atendimento, afetando a autoreferência da doença. Isso se mostra coerente com a baixa utilização do programa Farmácia popular. Diferente dos resultados aqui apresentados, em estudo realizado por Moreira e cols (2008) e Almeida (2007), mostraram que sujeitos com renda familiar menor que cinco salários mínimos apresentam escores de adesão inferiores quando comparados àqueles com renda superior, por conta de outras prioridades de gastos entre os familiares, filhos, e a si próprio.

Quanto aos gastos com medicamentos para diabetes e outros medicamentos verifica-se um impacto de 14,1% e 44,24% no valor do salário mínimo atual (R\$ 678), respectivamente. Isso pode ser explicado pelo fato de que alguns medicamentos não pertencem a RENAME ou pela indisponibilidade no SUS

(PEREIRA, 2012). Os gastos com insumos também mostraram-se elevados, sendo que o adoçante foi relatado como o mais utilizado e o mesmo não é disponibilizado pelo SUS, sendo assim o gasto com este insumo pode ser justificado. O gasto com os outros insumos pode ter ocorrido pela falta desses nas unidades de saúde.

A média de 5,48 medicamentos utilizados por participante neste estudo mostrou-se superior aos resultados de estudos realizados por Costa e cols (2011) e Ribeiro e cols (2008) que apresentaram uma média de 1,8 e 4,1 medicamentos utilizados por pessoa, respectivamente. Em outro estudo a média de medicamentos utilizados entre diabéticos foi de 4,8 e entre diabéticos e hipertensos foi de 6,2 (GONTIJO et al., 2012). Este resultado elevado observado no presente estudo pode estar relacionado com a presença de comorbidade da população em estudo, ou seja, além de apresentarem DM quase que a totalidade também apresenta hipertensão arterial (HA) (96,29%), além da idade mais avançada da amostra.

Os grupos terapêuticos mais utilizados, medicamentos do trato alimentar e metabolismo e medicamentos do sistema cardiovascular, podem ser explicados pela característica clínica da população-alvo que apresenta DM e a maioria hipertensão arterial. Uma pesquisa realizada por Pereira e cols (2012) também obteve este mesmo resultado.

Os medicamentos usados para o controle do DM foram os mais citados dentre os fármacos do trato alimentar e metabolismo. Destacam-se as classes das biguanidas (ex: cloridrato de metformina) sulfoniuréias (ex: gliclazida) e gliptinas (ex: glimepirida). O medicamento mais utilizado foi o cloridrato de metformina, similar a dois estudos realizados (VOSGERAU, CABRERA, SOUZA 2011; GONTIJO et al., 2012).

O cloridrato de metformina, segundo o MS (2006), a SBD (2009) e American Diabetes Association (ADA, 2013) é o medicamento de primeira escolha para o tratamento de DM2. De acordo com um estudo realizado por Bennett e cols (2011) este medicamento reduziu os níveis de colesterol de lipoproteína de baixa densidade em comparação com pioglitazona, sulfoniuréias e gliptinas. As sulfoniuréias apresentaram um risco quatro vezes maior de hipoglicemia leve ou moderada em comparação com a monoterapia de metformina. Diante desses aspectos, a maior prevalência de uso do cloridrato de metformina está plenamente justificada.

A insulina, pouco utilizada pelos participantes, pode ser explicada tanto pela falta de preparo de alguns profissionais que não sabem o momento que o paciente deve começar com a insulino terapia e temem a adesão do mesmo, como pelo medo por parte dos participantes em se auto-aplicarem insulina associado ao mito de que a insulina é um indicativo de final de vida (VOSGERAU e cols, 2011).

Os subgrupos terapêuticos mais utilizados do sistema cardiovascular foram os bloqueadores de receptor AT₁ de angiotensina (BRA II) (ex: losartana potássica), diuréticos (ex: indapamida) e bloqueadores de canais de cálcio (BCC) (besilato de anlodipino) e da classe do hipolipemiantes a sinvastatina foi a mais utilizada, possivelmente por serem fornecidos pelo Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

Dentre os anti-hipertensivos, o mais citado foi a losartana potássica, resultado que está de acordo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) que descreve este medicamento como eficaz no tratamento da hipertensão, nefroprotetor no paciente com DM2 com nefropatia estabelecida e redutor da morbidade e mortalidade cardiovascular. O início da terapia farmacológica para o controle da hipertensão arterial em pessoas com DM está respaldado pelo alto risco cardiovascular e não somente no nível da pressão arterial (VOSGERAU e cols, 2011).

Apesar do anti-hipertensivo metildopa ser utilizado por apenas três participantes ressalta-se que este medicamento é contraindicado para idosos uma vez que causa bradicardia e exacerba crises depressivas (GONTIJO, 2012). Dos três participantes entrevistados, dois deles têm idade >60 anos o que indica o uso inadequado de tal medicamento.

O DM é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de aterosclerose, sendo assim a sinvastatina é um dos medicamentos recomendados na hipercolesterolemia isolada segundo a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007). Esse pode ser um dos fatores da alta prevalência de uso deste medicamento na amostra em estudo.

O Ácido Acetilsalicílico é um medicamento importante para pessoas com DM1 e DM2, pois esta patologia tem risco aumentado para doença arterial coronariana e doença arterial periférica. Este medicamento minimiza o risco de doença cardiovascular em pacientes que tenham pelo menos um fator desencadeante adicional como história familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão,

tabagismo, dislipidemia ou albuminúria (ADA, 2013). Porém, neste estudo poucos participantes declararam utilizar o AAS, este resultado é similar a uma pesquisa feita por Vosgerau e cols (2011) e demonstra o risco a que estas pessoas estão expostas, e que poderia contribuir para as altas taxas de mortalidade e morbidade cardiovascular no Brasil .

Em relação à obtenção dos medicamentos, nota-se que os participantes utilizam de vários meios. Entretanto, mesmo com alguns medicamentos disponibilizados gratuitamente ou a preço de custo pelo Programa Farmácia Popular, observa-se que as pessoas pouco utilizam deste benefício. A pouca divulgação do Programa ou a não padronização de algum medicamento pode ter influenciado para este resultado, ou como comentado anteriormente, o desconhecimento do funcionamento do mesmo devido à baixa escolaridade da amostra (BRASIL, 2012; COUTINHO, HASTENREITER, CASTRO-SILVA, 2012).

O acesso aos medicamentos, principalmente na atenção primária de saúde, foi incrementado no Brasil com a implementação da PNM e da PNAF. Com a regulamentação da Lei Federal nº 11.347/06 o governo ampliou o meio de obtenção de medicamentos para pessoas com DM. Este resultado elevado de acesso também foi demonstrado no estudo de Bertoldi e cols (2009), onde 90% da amostra obtinha seus medicamentos em unidades de saúde, porém em outro estudo esta percentagem mostrou-se inferior (57,9%) pelo fato de que nem todos os medicamentos prescritos estão disponíveis na rede e grande parte das pessoas ainda tem de comprar os medicamentos em farmácias (BERSUSA et al., 2010).

A grande parte das reações adversas descritas pelos participantes está de acordo com o descrito na literatura para os medicamentos, exceto o relato de hipoglicemia associado ao uso de cloridrato de metformina (MICROMEDEX®, 2013).

As interações medicamentosas podem culminar em aumento ou diminuição da eficácia terapêutica. Há casos em que essas interações podem levar inclusive ao coma e/ou óbito. Observa-se um alto índice de PIM's (n=46) neste estudo com uma prevalência em 55% da amostra e uma média de 3 PIM's por pessoa, porém pesquisa feita por Amaral e Perassolo (2012) numa amostra de 45 pessoas com DM e/ou HA apresentou valores superiores (n=144), com uma prevalência de 87% e uma média de 3,7 PIM's por pessoa. Os tipos de interações descritas também não foram similares. Esta diferença pode estar relacionada com a diferença do tamanho

da amostra estudada, porém o mais provável são as associações de medicamentos para o controle da HA, que neste estudo utilizou losartana e indapamida enquanto que no de Amaral e Perassolo (2012) foi captopril e diuréticos.

As interações moderadas foram as mais prevalentes e podem causar sérios danos ao quadro clínico do paciente e fazendo necessário tratamentos adicionais e em alguns casos, inclusive a hospitalização. Entretanto, sabe-se que essas interações muitas vezes não ocorrem na prática clínica. Dessa forma é necessário que o médico e os demais profissionais da equipe de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas de uma PIM's e intervenham de forma apropriada, evitando complicações clínicas do paciente (TAVARES, MACEDO, MENDES, 2012).

7. Conclusões/ Considerações Finais

Os medicamentos podem contribuir para a redução de taxas de mortalidade e morbidade, sendo assim é essencial que a população tenha acesso a este produto. Após a garantia de acesso, o sucesso da terapêutica depende da adesão ao tratamento e do URM pelo paciente.

Neste estudo, grande parte dos participantes relatou que tem acesso aos medicamentos e aderem ao tratamento proposto. Apesar destes resultados, o acesso aos medicamentos deve ser aperfeiçoado, pois mesmo com a garantia gratuita para pacientes com DM ainda há uma precariedade deste benefício, uma vez que alguns medicamentos necessários para o tratamento faltam. Diante disso, os recursos do governo destinados à aquisição destes medicamentos devem ser otimizados, assim como a gestão, para que tenha capacidade de atender toda a população que necessita.

Neste trabalho algumas pessoas relataram que em algum momento tiveram alguma RAM e observou-se um número elevado de PIM's. Diante disso, informações adequadas e precisas sobre interações medicamentosas e reações adversas devem ser feitas por profissionais de saúde, principalmente pelo farmacêutico, de forma a contribuir para o URM.

Vale ressaltar que este trabalho apresentou algumas limitações, como o pequeno número de participantes, o viés de memória que fez com que alguns dos participantes não se lembrassem da posologia prescrita e dos medicamentos que causavam reações adversas. A forma de mensurar a adesão (auto-relato) pode ter superestimado o número de pessoas que se consideraram aderentes, por não admitirem que deixaram de tomar seus medicamentos por problemas de memória ou para evitar um conflito com o entrevistador. Mesmo com essas limitações, este estudo foi importante por enfatizar a importância do acesso, adesão e URM em pessoas com DM, porém recomenda-se a realização de novos estudos que meçam com maior sensibilidade a adesão ou que façam uma combinação de métodos de mensuração para que sejam obtidos resultados mais próximos da realidade.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, H.O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 1 p. 57-67, jan-mar. 2007.

AMARAL, D. M. D.; PERASSOLO, M. S. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 1, p. 99- 105, 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, USA, v. 33, n.1, p. 62-69, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2013. **Diabetes Care**. v. 36, suppl. 1, p. S11-66, jan 2013.

ANVISA. Insulina Glargina e Insulina Detemir no controle de Diabetes Mellitus tipo 1. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ano V, n. 13, dez. 2010.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 135-43, jan-mar. 2011.

ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2189-97, 2008.

AZIZ, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1939-50, out. 2011.

BARROS, A. C. M; ROCHAL, M. B; HELENA, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em

Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008.

BEN, A. J. **Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação de adesão ao tratamento anti-hipertensivo: teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire**. 2011. 108p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, São Paulo, 2011.

BENNETT, W. L. et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. **Annals of internal medicine**, Baltimore, v. 154, n. 9, p. 602-613, mai 2011.

BERSUSA, A. A. S. et al. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 13, n. 3, p. 513-22, set. 2010.

BERTOLDI, A. D. et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 88, n. 3, p. 295-302, mar. 2009.

BOAS, L. C. G. V. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, jan/fev. 2012.

BOING, A. C.; FERNANDES, S. C.; FARIAS, M. R. Uso racional de medicamentos no âmbito da estratégia da saúde da família: qual o entendimento e prática dos profissionais de saúde?. **Saúde e transformação social**. v. 3, n. 3, p. 84-88, 2012.

BOING, A. C; VEBER, A. P; STOLF, F. Assistência e processo de trabalho na estratégia Saúde da Família: Uso Racional de Medicamentos [Especialização em Saúde da Família]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

BOSSE, T. S. **Acesso de usuários da rede municipal de saúde aos medicamentos prescritos**. 2012. 50p. Monografia (Especialização na modalidade de residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família)- Universidade do extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, 2012.

BRASIL. Diário oficial da União. Lei nº 11.347/06. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e à monitorização da glicemia capilar. Brasília DF, 28 de setembro de 2006.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Diário oficial da União. Portaria nº 2.583/07. Detalha e regulamenta a Lei nº 11.347/06. Brasília DF, 10 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. PARECER Nº 812/2012-AGU/CONJUR-MS/JLAD. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/09/Parecer812_ProgramaramaFarmaciaPopulardoBrasil.pdf> Acesso em: 14 Jul. 2013.

CARVALHO, F. D. et al. Influência do seguimento farmacoterapêutico sobre o tratamento medicamentoso de diabetes mellitus tipo 2 no Brasil: Revisão sistemática. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. v. 2, n. 2, p. 5-10, São Paulo, mai/ago. 2011.

CHAMORRO, M. A. R. et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapêutico utilizados em la práctica clínica. **Aten Primaria**. v. 40, n. 8, p. 413-17, 2008.

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. ter. comport. cogn.** v. 14, n.1, São Paulo, abr. 2012.

CONASS. Sistema Único de Saúde (Coleção Progestores- Para entender a gestão do SUS), 2007.

COSTA, J. A. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-09, 2011.

COSTA, K. S. et al. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 649-58, Rio de Janeiro, abr. 2011.

COUTINHO, L. A. C. R.; HASTENREITER, M. A.; CASTRO-SILVA, I. L. Avaliação da eficácia do Programa Farmácia Popular no atendimento a hipertensos e diabéticos no município de Niterói e estado do Rio de Janeiro. **Revista de trabalhos**

acadêmicos. v. 3, n. 6, 2012.

CUNHA, K. O. A. et al. Representações sobre o uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfer.** v. 46, n. 6, p. 1431-37, 2012.

DANDOLINI, B. W. et al. Uso racional de antibióticos: uma experiência para educação em saúde com escolares. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 5, p. 1323-31, 2012.

DULLIUS, J. Educação em diabetes por meio de programa orientado de atividades físicas [Tese de Doutorado]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde – UnB, 2003.

ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem,** v. 15, n 1, São Paulo, jan/abr. 2012.

FARIA, H. T. G. Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa. São Paulo, 2008.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES – ATLAS DIABETES. Bélgica: editora Brussels, 5ª edição, 2011. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 10 Set. 2013.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde- análise a partir do sistema Hiperdia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 53, n. 1, 2009.

FRANCISCO, A.P. et al. **Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

FREITAS, R. W. JF. et al. Fatores associados à não-adesão aos agentes antidiabéticos orais em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, v. 1, n. 4, p. 170-185, Bogotá, out-dez. 2011.

GIMENES, H. T; ZANETTI, M. L; HAAS, V. J. Factors related to patient adherence to

antidiabetic drug therapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.1, jan/fev. 2009.

GONTIJO, M. F. et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1337-46, Rio de Janeiro, jul. 2012.

GROFF, D; SIMÕES, P; FAGUNDES, A. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropole de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 3, 2011.

HELFER, A. P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Rev. Panam. Salud Pública**. v. 31, n. 3, p. 225-32, 2012.

LOPES, V. P. et al. Farmacologia do Diabetes Mellitus tipo 2: Antidiabéticos orais, insulina e inovações terapêuticas. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 9, n. 3, p. 69-90, 2012.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento- Tema cada vez mais atual. **Rev. Bras. Hipertens**. v. 15, n. 5, p. 220-21, 2008.

MICROMEDEX – International Healthcare Series. *In*: Drug Information. 2012- 2013. Disponível em: <<http://www.micromedexsolutions.com.ez54.periodicos.capes.gov.br/micromedex2/librarian>> Acesso em: 28 mai. 2013.

MIELCZARSKI, R. G; COSTA, J, S, D; OLINTO, M. T. A. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 71-78, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico, Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde,

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília, p. 123-30, 2012.

MOREIRA, L. B; FERNANDES, P. F. C. B. C; MONTE, F. S; MARTINS, A. M. C. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doença renal crônica. **J. Bras Nefrol**, p. 113-119, 2008.

OLIVEIRA M. A; BERMUDEZ, J.A.Z; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2007 p. 112.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 3, p. 3561- 67, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El Acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas, 2009.

PAULA, P. A. B. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites de operacionalidade. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 4, p. 1111-25, 2009.

PEREIRA, V. O. M. et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da rede de farmácia de Minas. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1546-58, Rio de Janeiro, ago. 2012.

PIRES, C. F; COSTA, M. M; ANGONESI, D.B; BORGES, F.P. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. **Pharmacy Practice**, 2006.

RAYMUNDO, G. V. Acesso a medicamentos: questões polêmicas sob a perspectiva da interpretação, aplicação do direito e ativismo judicial. **Prisma Jur**, v. 8, n. 1, p. 199-221, 2009.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre o uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 724-32, 2008.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, p. 703-10, 2008.

SANCHES, A. C. C. Revisão sistemática e meta-análise de insulinas análogas e avaliação da efetividade e custos da insulino terapia em diabéticos tipo 1 no estado do Paraná [Tese de Pós-graduação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011.

SANTOS, E. C. B. et al. A Efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: co- responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 3, p. 461-470, Florianópolis, jul-set. 2011.

SANTOS, F. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma unidade básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 223- 227, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20%C3%93bito%20Infantil/Revista%20Lancet%20%20S%C3%A9rie%20Brasil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2013.

SCHNEIDER, C. et al. Taxa de mortalidade e morbidade por Diabetes Mellitus. **RBAC**. v. 41, n. 4, p. 287-88, 2009.

SILVA, I; PAIS-RIBEIRO, J; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento da *diabetes Mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. **Rev Referência**, II.ª série, n. 2, jun. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 88, supl. 1, abr. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretriz de Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2. Posicionamento oficial SBD nº 3, São Paulo, jul. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e tratamento do diabetes

tipo 1. Posicionamento oficial SBD nº 1, São Paulo, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, São Paulo, p. 1-332, 2009.

STEYN, N.P.; LAMBERT, E.V.; TABANA, H. Nutrition interventions for the prevention of type 2 diabetes. **Proceedings of the Nutrition Society**, South Africa, v. 68, p. 55–70, 2009.

TAVARES, M. S; MACEDO, T. C; MENDES, D. R. G. Possíveis interações medicamentosas em um grupo de hipertenso e diabético da estratégia Saúde da Família. *Rev. Divulgação Científica Sena Aires*, p. 119-26, jul-dez. 2012.

TURI, B. C. et al. Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. **Medicina**. v. 44, n. 4, p. 389-95, São Paulo, 2011.

VOSGERAU, M. Z. S; CABRERA, A. S; SOUZA, R. K. T. Saúde da família e utilização de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. **Rev. Bras. Cardiol**, v. 24, n. 2, p. 95-104, mar-abr. 2011.

WILD, S. et al. Global prevalences of diabetes. Estimates for the year 2000 and Projections for 2030. **Diabetes Care**. v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The rational use of drugs. **Report of the Conference of Experts**, Nairobi, nov, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

ANEXOS

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Educação em Saúde em Diabetes por meio do Programa Doce Desafio ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE***

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do programa “**Doce Desafio**”. O objetivo do programa é melhorar sua qualidade de vida por meio de atividades educativas e exercícios físicos orientados.

Para participar do programa o(a) senhor(a) precisa ter atestado médico para a realização de atividades físicas e disponibilidade de participar das atividades semanais ao longo do semestre, pois somente com sua participação e dedicação é possível alcançar um melhor controle do diabetes e aprender dicas para se cuidar melhor. Sua participação é completamente voluntária, não existindo nenhuma forma de remuneração para sua participação.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar do programa, vamos estar realizando as seguintes atividades ao início e final do programa:

1. Preenchimento de questionários - que deverá responder no local e na data combinada, com um tempo estimado para o preenchimento de em torno de 40 minutos (na verdade não existe um tempo pré-determinado, sendo respeitado o tempo necessário para cada participante);
2. Realização de medidas antropométricas ao início e final do programa: peso, altura, circunferência de cintura.
3. Aferição da pressão arterial; e
4. Realização de exame de sangue em laboratório credenciado e contratado pelo programa para avaliar o controle do diabetes (exame da hemoglobina glicada) e de gordura no sangue (lipidograma completo). Observação: Para a realização do exame o programa entregará a cada participante um encaminhamento para o laboratório credenciado e o(a) senhor(a) deverá comparecer no prazo de validade a uma das unidades do laboratório da sua preferência, de acordo com a lista de endereços fornecida. O programa Doce Desafio será responsável pelo apoio e monitoramento dos participantes para a realização do exame, assim como pela

entrega dos resultados. A responsabilidade técnica pela coleta e análise do material coletado será do laboratório credenciado.

Ademais, a cada semana no horário que foi definido para seu grupo (___ encontros semanais), no horário de ____h____ às ____h____, às _____dia(s) da semana, estará participando das seguintes atividades:

1. Preenchimento de uma ficha diária;
2. Aferição da pressão arterial (ao início e ao final do encontro) – para monitorar a pressão arterial antes e depois da atividade física e definir a condição para realização da mesma;
3. Medida da glicemia capilar – exame de ponta de dedo de açúcar no sangue - (realizada com glicosímetro, tiras e lancetas do programa ou do próprio participante -- sob a orientação e supervisão de monitor treinado e de professor(a) supervisor ao início e ao final do encontro) – para monitorar o açúcar no sangue antes e depois da atividade física e definir a condição para realização da mesma;
4. Prática de atividades físicas orientadas e
5. Atividades educativas.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, e também pode desistir de participar do programa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados do programa serão utilizados para realização de pesquisas, que poderão ser divulgados e publicados. Entretanto, em nenhum momento vai acontecer a identificação dos participantes nem do local onde o(a) senhor(a) recebe acompanhamento para o tratamento do diabetes. Todos os questionários, fichas e demais materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, no Centro Olímpico da Universidade de Brasília (CO/UnB).

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação ao programa, poderá contactar com a Profª Drª Jane Dullius no CO/UnB, por telefone: 3107-2556 (entre 9h00 às 17h00, de segunda a sexta-feira), ou com a Profa. Micheline Meiners por celular: 8175-5279 ou por e-mail diabetes@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FS/UnB (nº49/2012). Qualquer dúvida com relação à assinatura deste TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa, pode ser esclarecida através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento

foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante do programa.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO B – Ficha de cadastro do PDD

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

DOCE DESAFIO:

Diabetes, Educação em Saúde e Atividades Físicas Orientadas



CADASTRO

101. Código de Inscrição: _____ (Letra do 1º nome e DDMMAA - data nasc.)

102. Data de hoje: _____ / _____ / _____

103. Monitor que acompanhou: _____ (121. Foto)

104. Nome:

105. Data nascimento: _____ / _____ / _____ 106. Sexo: () F () M

107. Cidade/Bairro:

108. Celular: _____ Tel. domiciliar: _____

Tel. comercial: _____ Outros tel.: _____

109. E-mail:

110. Data de ingresso no DOCE DESAFIO : _____ / _____ / _____

111. Observações:

112. Acompanhante (relação/ parentesco):

113. Turma (dia) e horário no DD:

Em caso de emergência, contatar:

114. Nome: _____ Telefones: _____

115. Nome: _____ Telefones: _____

116. Hospital: _____

DADOS MÉDICOS

117. Tipo DM: () 1 () 2 () 3-outros () 4-gestacional

118.Data diagnóstico: Ano _____/Mês _____ Tempo de DM:

119.Nome do Médico :

120.Telefones:

121. Especialidade:

122.Local de atendimento:

123. Tipo de atendimento? () Particular/Convênio () Público

124.Tem convênio? Qual:

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

125. Raça/Cor - Qual destas opções o descrevem melhor:

Branca	Parda	Preta	Indígena	Amarela	Outra: _____
--------	-------	-------	----------	---------	--------------

126. Estado Civil:

Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado	Amasiado
--------	----------	-------	------------	----------

127. Escolaridade:

Analfabeto	Fundamenta I Incompleto	Fundamenta I Completo	Médi o	Superior Incomplet o	Superior Completo	Pós- graduad o
------------	----------------------------	--------------------------	-----------	----------------------------	----------------------	----------------------

128.Profissão/Atividade:

129. Situação ocupacional:

Ativo	Aposentado	Afastado	Outros
-------	------------	----------	--------

130.Como define sua situação financeira:

Muito boa	Boa	Média bem	Média difícil	Difícil	Muito difícil
-----------	-----	-----------	---------------	---------	---------------

131. A soma da renda das pessoas que residem na sua casa:

- () Até R\$ 1.000,00
- () R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00
- () R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00
- () R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00
- () R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00

Acima de R\$ 5.001,00

132. Quantas pessoas dependem desta renda?

1 2 3 4 5 6 7 ou mais

133. Que impacto tem os custos de manutenção da sua saúde na renda da sua casa?

Muito Alto Alto Médio Baixo

ANEXO C – Questionário de Farmacoterapia do PDD

Número do questionário: [_____] Data: ____/____/____ Hora de início: ____: ____ Hora de término: ____: ____



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA

Código de Inscrição: _____ (Letra do 1º nome e DDMMAA - data nasc.) Nome do entrevistador: _____

500. Está utilizando medicamentos no momento? () sim () não

	501. LISTA DE REMÉDIOS	502	503	504	505
	Você poderia me dizer o nome dos remédios que você toma normalmente?	Quantidade e horário do remédio	Quem receitou? Médico 1 Farmacêutico..... 2 Enfermeiro..... 3 Você mesmo 4 Outro 5 Não sabe 8 Não respondeu 9	Há quanto tempo usa o remédio, de maneira contínua? Não toma de maneira contínua 95 Não sabe 98 Não respondeu 99	Como obteve ou quem pagou pelo remédio, na última vez que o pegou/comprou? Na unidade de saúde ... 1 Na farmácia popular ... 2 Plano de saúde paga 3 Próprio idoso 4 Filho(a) paga(m) 5 Cônjuge 6 Outro 7 [_____] Não sabe 8 Não respondeu 9
↓	501. NOME DOS REMÉDIOS (concentração)	502. Posologia	503 →	504 →	505 →
			_____	MESES _____ ANOS _____	_____
2			_____	MESES _____ ANOS _____	_____
3			_____	MESES _____ ANOS _____	_____

4			_____	MESES _____ ANOS _____	_____
5			_____	MESES _____ ANOS _____	_____
6			_____	MESES _____ ANOS _____	_____

506. Está utilizando insumos no momento? () sim () não

	507. LISTA DE INSUMOS	508	509	510
↓	Você poderia me dizer os insumos que você usa normalmente (glicosímetro, lanceta, fitas, seringas, adoçante, etc?)	Quantidade	Quem receitou? Médico 1 Farmacêutico..... 2 Enfermeiro..... 3 Você mesmo 4 Outro 5 Não sabe 8 Não respondeu 9	Como obteve ou quem pagou pelo insumo, na última vez que o pegou/ comprou? Na unidade de saúde ... 1 Plano de saúde paga 3 Próprio idoso 4 Filho(a) paga(m) 5 Cônjuge 6 Outro 7 [_____] Não sabe 8 Não respondeu 9
	507. LISTA DE INSUMOS	508. →	509 →	510 →
1			_____	_____
2			_____	_____
3			_____	_____
4			_____	_____
5			_____	_____
6			_____	_____

511. Atualmente você toma (outros) remédios naturais, como ervas ou produtos homeopáticos para tratar problemas de saúde?	1. Sim → Voltar para 501 e anotar 2. Não 8. Não sabe 9. Não respondeu
512. Você toma ou usa algum outro medicamento? Por exemplo: aspirina, paracetamol ou outro medicamento contra dor, laxante, para gripe, para dormir, calmante, antiácido, vitaminas, cremes ou pomadas?	1. Sim 2. Não 8. Não sabe 9. Não respondeu
513. Durante as duas últimas semanas você tem tomado ou usado algum desses medicamentos?	1. Sim → Voltar para 501 e anotar 2. Não 8. Não sabe 9. Não respondeu
514. No total, durante o último mês, quanto você gastou com remédios? (sem contar o que está pagando pelo plano ou seguro de saúde)	1. Nada 2. Total de R\$ _____, __ 3. Aproximadamente R\$ _____, __ 8. Não sabe 9. Não respondeu
515. No total, durante o último mês, quanto você gastou com remédios para diabetes?	1. Nada 2. Total de R\$ _____, __ 3. Aproximadamente R\$ _____, __ 8. Não sabe 9. Não respondeu
516. No total, durante o último mês, quanto você gastou com insumos?	1. Nada 2. Total de R\$ _____, __ 3. Aproximadamente R\$ _____, __ 8. Não sabe 9. Não respondeu
517. Em algum momento, durante os últimos 12 meses, você deixou de tomar, ou tomou menos de algum medicamento que foi receitado/ prescrito? OBS: Anote todas as respostas feitas espontaneamente.	SIM, porquê ... 1. custo dos medicamentos 2. medicamento não estava disponível nos serviços públicos (SUS) 3. não tinha quem fosse buscá-los ou recursos para o transporte 4. distância (muito longe) 5. não gosta de tomar remédios ou não achou necessário 6. outro [_____] 7. NÃO DEIXOU DE TOMAR NENHUM MEDICAMENTO 8. Não sabe 9. Não respondeu

518. Você apresenta ou já apresentou algum efeito adverso/colateral ou alergia a algum medicamento?
(Observar efeitos como vômito, diarreia, dor de cabeça, hipoglicemia, tontura, queda de pressão, urticária, etc)

Nome do medicamento	Descrição do efeito adverso / alergia

519. No passado, que medicamentos já utilizou para tratar diabetes?

Nome do fármaco / concentração	Posologia	Tempo de uso	Por que
Forma farmacêutica	Quantidade / horário		Interrompeu o uso?
1			

2			
3			

520. Você tem dificuldade de tomar os medicamentos da forma indicada:

- () Sempre
 () Na maioria das vezes
 () Tive que adaptar os horários por alguma dificuldade
 () Algumas vezes
 () Não, sempre tomo da forma indicada

Cite a dificuldade _____

521. Quantas vezes, nos últimos 3 (três) dias deixou de tomar os medicamentos prescritos?

Relacionar apenas os que deixou de tomar alguma dose

Nome do medicamento: Fármaco/nome comercial/concentração	Nº de doses perdidas nos últimos 3 dias	Porquê? 1. Esquecimento 2. Não compreende como tomar / o tratamento é complicado 3. Quando o(a) paciente está bem, não sente necessidade de utilizar. 4. Quando o(a) paciente se sente mal, evita utilizar 5. Os medicamentos são caros (não encontra na rede pública) 6. Tem dificuldade para tomar (tamanho do comprimido, dificuldade para engolir, aplicar, sabor, etc) 7. Tem medo das conseqüências ou dos efeitos que podem surgir (citar em obs) 8. Outros _
1		()
2		()
3		()
4		()
5		()
6		()
Total de doses		
Percentual de cumprimento (doses tomadas / doses prescritas X 100)		

Observações:

APÊNDICE

APÊNDICE A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB)



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **049/12**

Título do Projeto: “Acesso, utilização de medicamentos e adesão ao tratamento de participantes do Programa Doce Desafio.”

Pesquisador Responsável: Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Data de Entrada: 18/04/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **049/12** com o título: “Acesso, utilização de medicamentos e adesão ao tratamento de participantes do Programa Doce Desafio”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de maio de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 29 de março de 2013.

Prof. Natália Mionsores
Coordenador de CEP-FS/UnB